

ВИТЕБСКИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧТЕНИЯ

Материалы научно-практической конференции с международным участием

Основу данного номера журнала составляют материалы региональной научно-практической конференции с международным участием «Витебские дерматологические чтения», которая состоялась в апреле 2013 года в Витебском государственном медицинском университете. Нынешний форум был особенно знаменательным, поскольку организаторы мероприятия посвятили его 90-летию со дня рождения выдающегося белорусского дерматовенеролога, заведующего кафедрой нашего университета с 1958 по 1996 гг., профессора Леонида Ивановича Богдановича. В конференции участвовали дерматовенерологи из Беларуси, России, Украины, Таджикистана, США. Проведены три научные секции: «Воспалительные дерматозы», «Паразитарные дерматозы», «Клинические случаи из практики». Особый интерес вызвали доклады наших гостей из Москвы, Смоленска, Кирова, темы которых касались актуальных проблем, связанных с диагностикой и терапией чесотки, буллезных дерматозов и сифилиса. Свои сообщения представили ученики юбиляра – профессора В.П. Адашкевич, В.М. Козин, А.А. Чиркин. С успехом прошел телемост с институтом дерматопатологии им. Акермана (Нью-Йорк) по проблеме новых диагнозов в дерматологии, который провела выпускница Витебской дерматологической школы, доцент В.В. Козловская.

Воспалительные дерматозы являются одними из самых распространенных заболеваний, которые часто протекают торпидно и нередко резистентны к общепринятой терапии. Поскольку на коже, как наиболее видимом органе проявляются также многочисленные системные заболевания, в том числе метаболические, воспалительные и паранеопластические, дерматология связана практически со всеми медицинскими дисциплинами как в диагностическом, так и в терапевтическом плане.

Ни один другой орган человеческого тела не подвержен такому множеству разно-

образных, в том числе и угрожающих жизни, заболеваний. Воспалительные болезни кожи особенно проблематичны для человека, поскольку кожа играет большую роль в межличностных отношениях. Поэтому даже те болезни кожи, которые не приводят к необратимым разрушениям и не протекают с летальным исходом, могут стать значительной проблемой для пациента.

По причине необычайно высокой распространенности болезни кожи представляют собой большую нагрузку для системы общественного здравоохранения. Положение обостряется еще и тем, что заболеваемость многими кожными болезнями, по сравнению с болезнями других органов, постоянно растет. Причиной этому являются частично факторы окружающей среды, частично демографическая ситуация и другие, еще окончательно не установленные факторы.

Наиболее серьезной проблемой в современной дерматологии, в том числе для нашей страны, является псориаз. Псориаз – воспалительное заболевание эпидермиса с очень выраженной пролиферацией и неполной дифференцировкой кератиноцитов. Примерно 10% больных страдают сопутствующим артритом, а 3-5% – тяжелым псориатическим артритом. Предрасположенность к заболеванию и его выраженность обусловлены генетически, конкордантность у однояйцевых близнецов составляет 60%. Примерно 2/3 пациентов болеют псориазом типа I с положительным семейным анамнезом, пиком проявления около 20-го года жизни, склонностью к распространенному поражению кожи и заболеванию суставов. Первое проявление псориаза типа I у 90% больных следует за стрептококковой инфекцией. Псориаз типа II проявляется после 40-го года жизни, обычно без семейного анамнеза, и является преимущественно локализованным. Как и все аутоиммунные болезни, псориаз протекает приступообразно, обычно 1-2 эпизода обострения в год с

возможностью полной ремиссии, кроме суставов.

Пациенты псориазом довольно часто устойчивы к традиционной общепринятой терапии. Врач-дерматолог обычно сталкивается с дилеммой: с одной стороны, ему все чаще приходится обращаться к методам системной терапии, а с другой стороны, он должен учитывать побочные действия на кожу новейших системных лекарств. Эти два принципиальных момента относятся, в том числе, к таким воспалительным заболеваниям, как атопический дерматит, псориаз и некоторые аутоиммунные болезни.

К новым, инновационным методам в дерматологии относится применение биологических препаратов. Биологические препараты – это медикаменты на основе природных гликопротеинов. В настоящее время применяются, в частности, противовоспалительные действующие вещества, которые блокируют фактор некроза опухоли (ФНО) или молекулы адгезии. ФНО – это цитокин, который регулирует многочисленные функции, начиная от эмбрионального развития и далее в ходе метаболизма и ангиогенеза вплоть до иммунного ответа. Свои сигналы он опосредует через ФНО-рецепторы. В высоких концентрациях ФНО может разрушать опухоли и вызвать кахексию, в то время как продолжительное действие низких концентраций, напротив, способствует росту опухоли, новообразованию сосудов и воспалению. При бактериальных инфекциях и септическом шоке ФНО имеет фундаментальное значение для развития лихорадки, последующих изменений кровообращения, а также для контроля над патогенными бактериями. Следовательно, антагонисты ФНО повышают риск тяжелого течения заболеваний при инфекциях, вызванных бактериями, микобактериями или дрожжевыми организмами; они подавляют лихорадку, озноб или боль и маскируют тем самым ранние симптомы инфекции. При воспалительных заболеваниях, в которых доминируют гранулоциты, таких как псориаз и псориатический артрит, ревматоидный артрит и воспалительные заболевания кишечника, антагонисты ФНО, наоборот, имеют тера-

певтическую ценность. Классическим показанием являются тяжелая форма псориаза кожных покровов, ногтей или суставов при неудовлетворительном ответе на лечение фотохимиотерапией или метотрексатом. Инфликсимаб является первым и наиболее часто применяемым биологическим препаратом, который представляет собой химерное моноклональное IgG1-антитело. Препарат вводится внутривенно и оказывает наиболее быстрое и сильное действие. При дозах 3-5 мг/кг веса тела у 80% пациентов наступает улучшение индекса PASI на 75%.

ФНО – антагонисты очень эффективны при самых тяжелых формах псориаза с поражением ногтей и суставов при тщательном соблюдении баланса риска и пользы и могут, в частности, защитить от перманентного разрушения суставов и развития псориаза ногтей. При блокаде ФНО очень высока подверженность бактериальным инфекциям, вызванным даже сапрофитными микроорганизмами, а также микобактериями очень высока. Необходимо исключить туберкулез, тяжелую сердечную недостаточность и демиелинизирующее заболевание.

Такие заболевания, как псориаз или ревматоидный артрит, инициируются антиген-презентирующими клетками и лимфоцитами CD4+ TH1-TH17. При остром псориазе в коже находятся большие количества ИЛ-23 и ИЛ-17. Псориаз улучшается после деплеции Т-лимфоцитов или после отклонения лимфоцитарного баланса с TH1-/TH17-лимфоцитов в сторону TH2-лимфоцитов в результате терапии посредством ИЛ-4. Новый подход к улучшению псориаза состоит в применении антител, которые нейтрализуют ИЛ-12/ИЛ-23p40 – общую цепь для ИЛ-12 и ИЛ-23. Устекинумаб является первым человеческим моноклональным антителом (mAb), которое связывает общую цепь ИЛ-12/ИЛ-23p40. Поскольку специфические мономеры ИЛ-12p35 и ИЛ23-p19 по отдельности не являются биологически эффективными, нет и достаточно биологически эффективных ИЛ-12 и ИЛ-23. В клинических исследованиях инъекция 90 мг mAb каждые три месяца приводила к 75%-ному улучше-

нию у 60% пациентов и к 90%-ному улучшению у 35% пациентов.

Новым достижением в дерматологии последнего времени является применение ингибиторов кальциневрина. Ингибиторы кальциневрина - это макролидные лактоны, которые обладают иммуносупрессивным действием. Наиболее известен циклоsporин А (ЦсА), который первым сделал возможной трансплантационную медицину, благодаря способности препятствовать отторжению трансплантата. Из-за размера молекулы он подходит только для системного применения. Внутри клетки макролиды образуют комплексы - ЦсА с циклофилином, такролимус и пимекролимус с макрофилином 12 (белком, связывающим FK506). Благодаря связыванию кальциневрина блокируется дефосфорилиция ядерного фактора активированных Т-клеток (NT-AT) и таким образом подавляется синтез интерлейкина-2 и других цитокинов в Т-клеточных ядрах. Таким путем парализуется активация и пролиферация Т-клеток, а также секреция цитокинов. Макролиды с меньшей по размеру молекулой, такролимус и пимекролимус могут проникать в кожу и применяются как топические иммуномодуляторы. Такролимус имеется в форме мази 0,03%-ной и 0,1%-ной концентрации, пимекролимус - в форме 1%-ного

крема. Такролимус и пимекролимус разрешены для наружного применения при атопическом дерматите. Однако имеются уже рандомизированные исследования по их применению при многих других воспалительных заболеваниях, таких как красный лишай слизистых оболочек, красная волчанка и гангренозная пиодермия. Циклоспорин А является единственным ингибитором кальциневрина, который разрешен для системного лечения тяжелого псориаза и устойчивого к терапии атопического дерматита. К другим возможным показаниями относятся гангренозная пиодермия, болезнь Бехчета, тяжелая системная красная волчанка или генерализованный красный плоский лишай.

В конференции участвовали не только врачи-дерматовенерологи из разных регионов нашей страны, но также студенты университета, для которых конференция стала прекрасным обучающим семинаром по дерматовенерологии и предоставила возможность услышать доклады известных ученых и преподавателей из разных стран.

Организаторы конференции надеются, что она станет традиционной, и приглашают участников на следующие «Витебские дерматологические чтения: детская дерматовенерология», которые состоятся 4 апреля 2014 года.

*Заведующий кафедрой дерматовенерологии УО «ВГМУ»,
Председатель Белорусской общественной организации
дерматовенерологов и косметологов, профессор В.П. Адаскевич*



Докладчики и гости конференции.